



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **114679** (13) **U**
(51) МПК (2017.01)**A61K 31/00****A61K 31/4409** (2006.01)**A61N 1/00****A61B 17/22** (2006.01)**A61P 31/06** (2006.01)**A61P 29/00**ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<p>(21) Номер заявки: u 2016 10625</p> <p>(22) Дата подання заявки: 21.10.2016</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.03.2017</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.03.2017, Бюл.№ 5</p>	<p>(72) Винахідник(и): Дужий Ігор Дмитрович (UA), Шевченко Максим Юрійович (UA), Гресько Ігор Яремович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007 (UA)</p>
---	--

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ТА НОРИЦЕВИХ ФОРМ БЦЖ-ЛІМФАДЕНІТУ У ДІТЕЙ**(57) Реферат:**

Спосіб лікування гнійно-некротичних та норицевих форм БЦЖ-лімфаденіту у дітей шляхом виконання оперативного втручання на тлі прийому протитуберкульозних препаратів. Протитуберкульозні препарати (ізоніазид+рифампіцин) призначають шляхом місцевого електрофорезу на тлі неспецифічних протизапальних засобів (німолід, дексалгін, диклофенак натрію) до зменшення перифокального набряку протягом 6-7 днів. Після цього виконують оперативне втручання за типом розтину шкіри і підшкірної клітковини та максимально щадної ексцизації враженого лімфовузла та некротичних тканин за допомогою ложки Фолькмана. Далі продовжують місцевий електрофорез протитуберкульозними та неспецифічними протизапальними розсмоктуючими засобами на тлі місцевого застосування масляного 10 % розчину вітаміну Е до загоєння рани, тривалість електрофорезу визначають 20 хвилинами, а кількість сеансів - 18-20.

UA 114679 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до фтизіопедіатрії та фтизіохірургії, і може бути використана для лікування гнійних лімфоденітів, які виникли внаслідок ускладненого перебігу вакцинацій чи ревакцинацій.

БЦЖ-щеплення довели свою надійність у профілактиці туберкульозу, особливо його позалегеневих форм і зокрема - туберкульозного менінгіту. Проте в останні три десятиріччя все частіше трапляється ускладнення БЦЖ-щеплень, а серед них лімфаденіти. Останні перебігають за інфільтративною та казеозно-некротичною формами. Лікування цих лімфаденітів ускладнюється тим, що при цій формі запалення мікрофлора враженого лімфовузла має змішаний характер і міститься у більшості випадків у гнійному вмісті, де антибактеріальні препарати діють мінімально. Лікування в усіх випадках розпочинається зі специфічної протитуберкульозної терапії.

Відомий "Способ лечения казеозно-некротической формы поствакцинального БЦЖ-лимфаденита" [Патент KZ № 24820, МПК A61K 31/00, опубл. 15.11.2011, бюл. № 11], при якому лікування проводять на тлі хіміотерапії (ізоніазид, етамбутол) шляхом ін'єкцій сирепару у лімфовузол за схемою. Після третього введення цього препарату відсмоктують вміст лімфатичного вузла. Через 2 тижні після закінчення курсу введення сирепару проводять 10-12 щоденних сеансів електрофорезу лідази.

Недоліками способу є:

невиконання основного постулату медицини - "там де гній, там розріз";
застосування лише протитуберкульозних препаратів;
застосування лідази, яка є протеолітичним ферментом через 2 тижні після інтенсивного (ін'єкційного) лікування казеозно-некротичного процесу;
ін'єкційне введення сирепару у лімфовузол, що не може дітьми сприйматися позитивно.

Відомий "Спосіб лікування ран у дітей після розтину пахвових гнійних лімфатичних вузлів, які виникли внаслідок ускладненого перебігу вакцинації і ревакцинації БЦЖ" [Патент UA № 47393, МПК A61K 31/00, опубл. 25.01.2010], який ми вибрали за прототип. Даний спосіб включає виконання оперативного втручання на тлі прийому протитуберкульозних препаратів з використанням системної та систематичної антисептичної обробки рани у післяопераційний період.

Недоліками способу є:

не застосування препаратів, що очищують рану від гнійно-некротичних мас;
не застосування препаратів, стимулюючих місцевий імунітет, що сприяє заживленню рани.

Враховуючи наведене, ми поставили за мету на тлі лікування протитуберкульозними препаратами пришвидшити очищення запалених лімфовузлів від казеозно-некротичних мас та стимулювати процеси місцевого заживлення, що сприятиме скороченню терміну стаціонарного та загального лікування.

В основу корисної моделі поставлена задача пришвидшити очищення запалених лімфовузлів від казеозно-некротичних мас шляхом місцевого електрофорезу за допомогою апарата "Поток-1", присипаючи марлеві прокладки на відповідних електродах протитуберкульозними препаратами та неспецифічними протизапальними розсмоктуючими засобами, що прискорює загоєння рани, скорочує терміни стаціонарного та загального лікування і, як результат, сприятиме покращенню ефективності лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування гнійно-некротичних та норицевих форм БЦЖ-лімфаденіту у дітей шляхом виконання оперативного втручання на тлі прийому протитуберкульозних препаратів, згідно із корисною моделлю, протитуберкульозні препарати (ізоніазид+рифампіцин) призначають шляхом місцевого електрофорезу на тлі неспецифічних протизапальних засобів (НПЗ), а саме німлідіду, дексалгіну, диклофенаку натрію, протягом 6-7 днів до зменшення перифокального набряку, після чого виконують оперативне втручання за типом розтину шкіри і підшкірної клітковини та максимально щадної екстирпації враженого лімфовузла чи некротичних тканин за допомогою ложки Фолькмана, а далі продовжують місцевий електрофорез протитуберкульозними та неспецифічними протизапальними розсмоктуючими засобами на тлі місцевого застосування масляного 10 % розчину вітаміну Е, тривалість електрофорезу визначається 20 хв., а кількість необхідних сеансів - від 18-20, аж до загоєння рани. Місцевий електрофорез проводиться з використанням апарата "Поток-1".

Використання усіх суттєвих ознак способу призводить до подавлення неспецифічної мікрофлори і швидкого очищення ран від гнійно-некротичних мас, а призначення місцевого електрофорезу із протитуберкульозними НПЗ на тлі масляного розчину вітаміну Е стимулює місцевий імунітет і сприяє заживленню рани, що вирішує поставлену задачу.

Виконують спосіб таким чином.

До зменшення розміру враженого лімфовузла на 1/3 (6-7 день для лікування) призначають аплікації на лімфовузол з протитуберкульозними препаратами (ізоніазид+рифампіцин) у дозах на 1 кг маси тіла дитини та НПЗ (німулід, дексалгін, диклофенак натрію) у відповідних дозах на тлі димексиду (1:10). Після розсмоктування перифокального набряку (6-7 доба) під внутрішньом'язовим кетаміновим наркозом у дозі, що відповідає масі тіла дитини, розсікають шкіру, підшкірну клітковину і за допомогою ложки Фолькмана максимально щадно видаляють лімфовузол, а далі проводять місцевий електрофорез протитуберкульозними препаратами (ізоніазид+рифампіцин) та НПЗ (німулід, дексалгін, диклофенак натрію) на тлі масляного розчину вітаміну Е (10 % - 2 м), що стимулює місцевий імунітет та заживлення ран. Тривалість електрофорезу 20 хвилин. Кількість сеансів після оперативного втручання - 18-20. Для проведення місцевого електрофорезу використовують апарат "Поток-1".

Даний спосіб лікування гнійно-некротичних та норицевих форм БЦЖ-лімфаденіту нами проведено у 5 дітей з хорошим безпосереднім результатом.

Наводимо приклад. У хірургічне відділення госпіталізована дитина 4-х місяців зі скаргами на припухлість, почервоніння та біль у лівій паховій ділянці. При огляді: шкірні і слизові покриви нормального кольору, температура тіла 37,8 °С, у лівій паховій ділянці набряк шкіри і почервоніння, інфільтрація м'яких тканин навколо збільшеного лімфатичного вузла. Вузол болісний нерухливий щільний, на верхівці ознаки можливого розм'якшення. Щеплення БЦЖ проведено в пологовому будинку своєчасно. Клінічні дослідження крові: Нb-116 г/л, ер - $3,45 \cdot 10^{12}/л$, b- $16 \cdot 10^9/л$: п - 7 %, с - 21 %, е - 2 %, л - 68 %, м - 2 %; ШОЕ - 12 мм/г. Встановлено діагноз: інфільтративна форма БЦЖ-лімфаденіту у стадії гнійно-некротичного абсцедування. Призначена антибактеріальна терапія шляхом місцевого електрофорезу за допомогою апарата "Поток-1": ізоніазид - 5 мл/кг, рифампіцин - 10 мг/кг, німулід - 0,5 мл, полівітаміни. Через шість днів перифокальне запалення значно зменшилося, ліквідувалася гіперемія, з'явилась флуктуація на верхівці значно зменшеного в об'ємі лімфатичного вузла. Під кетаміновим внутрішньом'язовим наркозом, згідно з масою тіла дитини, з додаванням місцевої анестезії Sol. Novocaini 0,25 % виконано оперативне втручання: розтин шкіри і підшкірної клітковини над зоною розм'якшеного лімфовузла, розтин лімфовузла та екстерпація некротичних тканин ложкою Фолькмана, тампонада порожнини вузла серветкою з 10 % розчином вітаміну Е; у наступні дні проводився місцевий електрофорез протитуберкульозними препаратами (ізоніазид+рифампіцин), на тлі німуліду та 10 % розчину вітаміну Е. Тривалість електрофорезу до 20 хв. На 16 день післяопераційна рана загоїлася вторинним натягом без ознак перифокального запалення. Клінічні дослідження крові: Нb-121 г/л, ер - $3,8 \cdot 10^{12}/л$, L- $9 \cdot 10^9$: п - 3 % с - 48 % е - 1 %, л - 46 % м - 2 %, ШОЕ - 8 мм/г.

Отримані позитивні результати дають право рекомендувати "Спосіб лікування гнійно-некротичних та норицевих форм БЦЖ-лімфаденіту" для застосування при лікуванні гнійно-некротичних форм туберкульозного лімфаденіту БЦЖ-походження у дітей.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

1. Спосіб лікування гнійно-некротичних та норицевих форм БЦЖ-лімфаденіту у дітей шляхом виконання оперативного втручання на тлі прийому протитуберкульозних препаратів, який **відрізняється** тим, що протитуберкульозні препарати (ізоніазид+рифампіцин) призначають шляхом місцевого електрофорезу на тлі неспецифічних протизапальних засобів (німулід, дексалгін, диклофенак натрію) до зменшення перифокального набряку протягом 6-7 днів, після чого виконують оперативне втручання за типом розтину шкіри і підшкірної клітковини та максимально щадної екстирпації враженого лімфовузла та некротичних тканин за допомогою ложки Фолькмана, а далі продовжують місцевий електрофорез протитуберкульозними та неспецифічними протизапальними розсмоктуючими засобами на тлі місцевого застосування масляного 10 % розчину вітаміну Е до загоєння рани, тривалість електрофорезу визначають 20 хвилинами, а кількість сеансів - 18-20.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що місцевий електрофорез проводять з використанням апарата "Поток-1".

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601